

# GR\_GERICHTE S 2021 73 vom 15. Februar 2022

GR Gerichte, 2022-02-15, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2021\\_73](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2021_73)

FR: GR\_GERICHTE S 2021 73 du 15 février 2022

IT: GR\_GERICHTE S 2021 73 del 15 febbraio 2022

## Regeste

rendita AI | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Ai sensi dell'art. 69 cpv. 1 lett. a della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI; RS 831.20) le decisioni degli uffici AI cantonali sono impugnabili direttamente dinanzi al tribunale delle assicurazioni del luogo dell'ufficio AI. La competenza per materia e per territorio del Tribunale amministrativo del Cantone dei Grigioni è data dall'art. 57 della Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA; RS 830.1) e dall'art. 49 cpv. 2 lett. a della Legge sulla giustizia amministrativa del 31 agosto 2006 (LGA; CSC 370.100). In quanto destinatario formale e materiale della decisione, il ricorrente è particolarmente toccato dalla decisione impugnata, ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica della stessa ed è quindi legittimato a presentare ricorso (art. 1 cpv. 1 LAI in unione con l'art. 59 LPGA). Sul ricorso tempestivo e presentato nella dovuta forma può perciò essere entrato nel merito (art. 1 cpv. 1 LAI in unione con gli artt. 60 e 61 lett. b LPGA e con l'art. 38 cpv. 3 LPGA).

### E. 2

Nella fattispecie va deciso se l'Ufficio AI ha negato a ragione una rendita AI al ricorrente. Il reddito senza invalidità di CHF 67'021.55 come venditore è pacifico. Benché la datrice di lavoro (ormai già in liquidazione in quel momento) non ha più risposto all'invito dell'Ufficio AI a trasmettere la documentazione in merito (cfr. act. C.30), ci si può basare sulle dichiarazioni del ricorrente stesso nella richiesta di prestazioni AI (vedi act. C.10 pag. 6), correggendo tuttavia ancora l'indicizzazione imprecisa e ottenendo così un importo corretto di CHF 66'619.70 (=CHF 65'000.00 \* 1.006761 \* 1.003995 \* 1.004824 \* 1.009117 [vedi ad esempio la tabella T1.15 dell'indice svizzero dei salari nominali dell'Ufficio federale di statistica, n. UST je-i-03.04.03.00.05, nella versione pubblicata il 30 aprile 2021, cioè prima della decisione qui impugnata]). Contestate sono invece

- 13 - le valutazioni mediche e con queste di conseguenza anche il reddito da invalido, cioè quello con le limitazioni dovute al danno alla salute. Per quanto attiene al diritto applicabile va notato che dal 1° gennaio 2022 sono in vigore le disposizioni rivedute della LAI (nonché della LPGA) e dell'Ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI; RS 831.201) (Ulteriore sviluppo dell'AI). Siccome sia la decisione impugnata sul diniego della concessione di una rendita sia l'eventuale diritto alla rendita stesso antecedono il 1° gennaio 2022, sono applicabili le disposizioni della LAI e dell'OAI nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2021 (cfr. ad esempio la Circolare sull'invalidità e sulla rendita nell'assicurazione per l'invalidità [CIRAI] n. 9100 seg.). Ciò risulta anche dalle regole

generali del diritto intertemporale e della fattispecie determinante (cfr. fra tante le DTF 148 V 174 consid. 4, DTF 144 V 210 consid. 4.3.1 e DTF 129 V 354 consid. 1 con rinvii).

### **E. 3**

Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI la persona assicurata ha diritto a una rendita se (a.) la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili, (b.) ha avuto un'incapacità al lavoro ai sensi dell'art. 6 LPGA almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione e (c.) al termine di questo anno è invalida ai sensi dell'art. 8 LPGA almeno al 40%. Ai sensi dell'art. 29 cpv. 1 LAI il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui la persona assicurata ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni.

#### **E. 3.1**

Gli assicurati con attività lucrativa sono ritenuti invalidi se hanno un danno alla salute fisica, mentale o psichica che provoca un'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata

- 14 - (art. 8 cpv. 1 LPGA) che può essere conseguente a infermità congenita, malattia o infortunio (art. 4 cpv. 1 LAI). È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale (art. 6 LPGA). È invece considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata anch'essa da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto la persona assicurata alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 cpv. 1 LPGA). Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA). Le difficoltà socio-culturali che influenzano la capacità lavorativa e i fattori psicosociali non costituiscono danni alla salute. Tra i fattori non legati all'invalidità vi sono anche l'aggravamento e la simulazione (cfr. per il tutto UELI KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4a ed., Q.\_\_\_\_\_/Basilea/P.\_\_\_\_\_ 2020, n. 22 segg. ad art. 7 LPGA; per l'aggravamento e fenomeni simili cfr. anche la DTF 141 V 281 consid. 2.2.1 seg. e la DTF 140 V 193 consid. 3.3). Secondo la più recente giurisprudenza del Tribunale federale (sentenza del Tribunale federale 9C\_10/2021 del 15 giugno 2021 consid. 3.3.1), anche nel contesto della DTF 141 V 281 si applica il principio secondo cui il diritto dell'assicurazione per l'invalidità esclude i fattori sociali nella misura in cui si tratta di circoscrivere i fattori assicurati che sono causali per la valutazione dell'incapacità lavorativa. Le conseguenze funzionali dei danni alla salute, invece, vengono valutate anche in relazione ai fattori di stress psicosociale e socioculturale che influenzano il grado di impatto delle conseguenze di un danno alla salute (DTF 141 V 281 consid. 3.4.2.1 con rinvii). Nella

- 15 - misura in cui gli aggravati sociali hanno conseguenze funzionali negative dirette, rimangono esclusi (DTF 141 V 281 consid. 4.3.3 con rinvii; cfr. anche DTF 143 V 409 consid. 4.5.2). I fattori di stress psicosociale possono tuttavia contribuire indirettamente all'invalidità se e nella misura in cui comportano una comprovata compromissione

dell'integrità psichica in quanto tale, la quale a sua volta causa una limitazione della capacità lavorativa, se mantengono un danno alla salute indipendente o aggravano il grado di impatto delle sue conseguenze – indipendentemente dagli elementi non legati all'invalidità (sentenza del Tribunale federale 8C\_559/2019 del 20 gennaio 2020 consid. 3.2 con rinvio).

### **E. 3.2**

Tenor l'art. 28a cpv. 1 LAI per valutare il grado d'invalidità di una persona assicurata che esercita un'attività lucrativa si applica l'art. 16 LPG. Secondo tale disposizione il reddito che la persona assicurata invalida potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lei dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che ella avrebbe potuto ottenere se non fosse diventata invalida. L'ammontare della perdita di guadagno determina il grado d'invalidità in percentuale. Se la persona assicurata non esercita un'attività professionale (o se deve esser fatta astrazione dal lavoro esercitato) non è possibile raccogliere dei dati esatti ai sensi dell'art. 16 LPG. Il grado d'invalidità viene ugualmente determinato secondo il metodo abituale del raffronto dei redditi facendo capo a dei dati ipotetici e sommari. Secondo la prassi la valutazione del medico in merito all'esigibilità, e cioè in merito alle attività che la persona assicurata, tenuto conto dei suoi disturbi, è ancora in grado di effettuare, ha un ruolo primordiale. Dalla valutazione dell'esigibilità fatta dal medico risultano infatti quali attività entrano ancora in considerazione per la persona assicurata malgrado le limitazioni dello stato di salute. Su tali basi deve

- 16 - essere valutato il reddito che la persona assicurata potrebbe ancora realizzare (guadagno da invalido). Questo guadagno deve poi essere paragonato con quello che la persona assicurata avrebbe ottenuto se non fosse diventata invalida (guadagno senza invalidità). Il risultato dà il grado d'invalidità (cfr. fra tante DTF 148 V 174 consid. 5 e DTF 130 V 343 consid. 3.3 e 3.4 con rinvio alla DTF 128 V 29).

### **E. 3.3**

Nell'occorrenza la domanda di prestazioni AI è stata inoltrata il 5 aprile 2016 (act. C.10). È incontestato che la capacità lavorativa di A.\_\_\_\_\_ era limitata a partire dal 16 novembre 2015. Secondo l'Ufficio AI, però, il periodo d'attesa di un anno sarebbe iniziato soltanto il 2 luglio 2017, quando lo stato di salute del ricorrente sarebbe peggiorato. L'incapacità lavorativa fino al 30 giugno 2017 sarebbe stata del 20% e soltanto dopo del 40%. Effettivamente i periti del SAM attestarono al ricorrente un'incapacità lavorativa media del 40% senza notevoli interruzioni solo da quella data in poi (cfr. act. C.70 pag. 26). L'anno di attesa è quindi scaduto in data 1° luglio 2018. Il diritto alla rendita potrebbe dunque nascere al più presto in quella data. Va poi tenuto conto anche del fatto che il 1° agosto 2018 il ricorrente ha assunto un'attività (indipendente) quale taxista R.\_\_\_\_\_ che in seguito ha di nuovo dovuto abbandonare in primavera del 2020, in gran parte causa la pandemia e le rispettive misure economiche. Dinanzi a tutto ciò, la questione determinante è innanzitutto a sapere in quale grado il ricorrente era ancora abile al lavoro in quale periodo. In base alle risposte può poi essere calcolato il grado d'invalidità sulla scorta di un raffronto dei redditi.

### **E. 4**

Dapprima vanno ricordati i principi del diritto probatorio.

#### **E. 4.1**

Sia la procedura amministrativa sia quella dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni sono governate dal principio inquisitorio. Secondo questo principio, l'amministrazione e il tribunale devono garantire d'ufficio

- 17 - l'accertamento corretto e completo dei fatti giuridicamente rilevanti (cfr. art. 43 cpv. 1 e art. 61 lett. c LPGa). L'assicuratore sociale quale organo di decisione e, in caso di ricorso, il tribunale possono accettare un fatto come provato soltanto se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali, a meno che la legge non preveda altrimenti, il tribunale deve prendere la sua decisione secondo il grado di prova della probabilità preponderante. La semplice possibilità di una certa circostanza non soddisfa i requisiti della prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire il resoconto dei fatti che considera il più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi. Il principio inquisitorio esclude necessariamente l'onere della prova nel senso di onere di produrre prove, poiché spetta al tribunale delle assicurazioni sociali adito (o all'organo amministrativo chiamato a decidere) raccogliere le prove. Nel procedimento di assicurazione sociale generalmente le parti hanno l'onere della prova solo nella misura in cui in assenza di prove la decisione va a svantaggio della parte che voleva trarre dei diritti dai fatti non provati. Tuttavia, questa regola ha effetto soltanto se nell'ambito del principio inquisitorio si dimostra impossibile, sulla base di una valutazione delle prove, stabilire fatti che abbiano almeno la probabilità di corrispondere alla realtà (sentenza del Tribunale federale 8C\_17/2017 del 4 aprile 2017 consid. 2.2 con rinvio alla DTF 138 V 218 consid. 6).

#### **E. 4.2**

Il dovere inquisitorio dura fino a quando non vi è sufficiente chiarezza sui fatti necessari per la valutazione della pretesa. Il principio inquisitorio è strettamente legato al principio della libera valutazione delle prove a livello amministrativo e giudiziario. Se, con una valutazione delle prove completa, accurata, obiettiva e orientata sul contenuto, gli accertamenti da effettuare d'ufficio nell'ambito del principio inquisitorio portano l'assicuratore sociale o il tribunale alla convinzione che un certo fatto è da considerarsi prevalentemente probabile e che ulteriori misure di prova non potrebbero

- 18 - più modificare questo risultato stabilito, la rinuncia all'assunzione di ulteriori prove non costituisce una violazione del diritto di essere sentiti (valutazione anticipata delle prove). Tuttavia, se permangono dubbi significativi sulla completezza e/o sulla correttezza delle constatazioni di fatto finora effettuate, devono essere effettuati ulteriori accertamenti, nella misura in cui dalle ulteriori misure di prova ci si possono ancora attendere nuovi risultati essenziali (cfr. per il tutto la sentenza del Tribunale federale 8C\_281/2018 del 25 giugno 2018 consid. 3.2.1). Se l'assicuratore sociale rispettivamente l'amministrazione non ottempera al suo dovere inquisitorio o lo fa solo parzialmente, la causa può essere rinviata per ulteriori accertamenti e susseguente nuovo giudizio (cfr. la DTF 132 V 368 consid. 5).

#### **E. 4.3**

Per poter valutare lo stato di salute e con questo la questione di quali prestazioni lavorative possano ancora essere pretese dalla persona assicurata, l'amministrazione rispettivamente il tribunale adito in caso di ricorso dipendono da documenti che devono essere allestiti e forniti da medici o eventualmente da altri specialisti, il cui compito consiste nel valutare lo stato di salute e di prendere posizione in merito alla misura in cui e in riferimento a quale attività la persona assicurata sia incapace al lavoro. In altre parole sono chiamati a fornire

referti, in base a esami medici professionali e tenendo conto dei lamenti soggettivi, e fare una diagnosi basata su questo. In tal modo il perito medico svolge il suo compito originale, per il quale l'amministrazione e il tribunale adito non sono competenti. Nella valutazione delle conseguenze dei danni alla salute costatati per la capacità lavorativa, tuttavia, gli esperti medici non hanno la competenza per esprimere un giudizio conclusivo. Piuttosto forniscono una valutazione dell'incapacità lavorativa che giustificano nel modo più sostanziale possibile dal loro punto di vista. Le informazioni fornite dai medici costituiscono quindi una base importante per la valutazione della

- 19 - questione di quali attività lavorative specifiche ci si può ancora aspettare che la persona assicurata svolga (cfr. le DTF 140 V 193 consid. 3.2, DTF 132 V 93 consid. 4 e DTF 125 V 256 consid. 4). Il medico dice in che misura il danno limita la persona assicurata nelle sue funzioni fisiche rispettivamente psichiche, naturalmente si esprime soprattutto in merito a quelle funzioni che secondo la sua esperienza sono fondamentali per le possibilità lavorative che si trovano in primo piano per la persona assicurata (ad esempio se essa possa o debba lavorare stando seduta o in piedi, all'aperto o in locali riscaldati, se possa sollevare o portare carichi). Gli specialisti dell'orientamento professionale dicono per contro quali concrete attività professionali entrano in considerazione, sulla base delle indicazioni mediche e in considerazione delle altre capacità della persona assicurata; a seconda dei casi sono necessari chiarimenti presso il medico.

#### **E. 4.4**

Il diritto federale non prescrive come debbano essere valutate le singole prove. Il principio del libero apprezzamento delle prove si applica a tutte le procedure di ricorso amministrativo e giudiziario. Secondo questo principio gli assicuratori sociali e i tribunali delle assicurazioni sociali devono valutare le prove liberamente, cioè senza essere vincolati da regole formali di prova, così come in modo completo e doveroso. Per la procedura di ricorso ciò significa che il tribunale deve esaminare obiettivamente tutte le prove, indipendentemente da chi le ha fornite, e poi decidere se i documenti disponibili permettono una valutazione affidabile della pretesa giuridica in questione. In particolare, in caso di rapporti medici contrastanti non può decidere il caso senza valutare le prove nel loro insieme e indicare i motivi per cui si basa su una tesi medica piuttosto che sull'altra (DTF 143 V 124 consid. 2.2.2 e DTF 125 V 351 consid. 3a). Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, secondo la giurisprudenza è determinante che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio

- 20 - approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti i disturbi lamentati dalla persona assicurata, che sia stato stilato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico e della situazione medica sia chiara e che le conclusioni dell'esperto siano ben motivate. Di conseguenza in linea di principio per stabilire se un rapporto medico abbia valore di prova o meno non è decisivo né l'origine né la sua denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (DTF 134 V 231 consid. 5.1, DTF 125 V 351 consid. 3a). La giurisprudenza ha ciononostante ritenuto compatibile con il principio del libero apprezzamento delle prove stabilire alcune direttive per la valutazione delle prove in relazione a determinate forme di attestazioni mediche (DTF 125 V 351 consid. 3b, DTF 118 V 286 consid. 1b, DTF 112 V 30 consid. 1a con rinvii).

#### **E. 4.5**

Alle perizie ottenute nell'ambito della procedura amministrativa di medici specialisti esterni che rilasciano i propri rapporti in base a indagini e osservazioni approfondite e dopo aver preso visione di tutta la documentazione medica e che nella descrizione dei loro referti giungono a risultati concludenti va riconosciuto pieno valore probatorio nella valutazione delle prove, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro attendibilità (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4, DTF 125 V 351 consid. 3b/bb). Anche i rapporti e le perizie dei medici impiegati dall'assicurazione hanno un valore probatorio comparabile, a condizione che appaiano conclusivi, comprensibilmente motivati e privi di contraddizioni e che non vi siano indizi atti a mettere in causa la loro attendibilità (vedi la DTF 137 V 210 consid. 1.2.1, sentenza del Tribunale federale 8C\_839/2016 del 12 aprile 2017 consid. 3.1 seg.). Il semplice fatto che il medico interpellato sia impiegato dall'assicuratore sociale non permette di per sé di concludere a una mancanza di obiettività o a una parzialità. Piuttosto sono richieste circostanze speciali che fanno apparire

- 21 - oggettivamente giustificata la sfiducia nell'imparzialità della valutazione. Vista la notevole importanza delle perizie mediche nel diritto delle assicurazioni sociali, occorre però applicare uno standard rigoroso all'imparzialità del perito (cfr. per il tutto le DTF 125 V 351 consid. 3b/ee, DTF 122 V 157 consid. 1c). In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e la conclusività delle costatazioni mediche interne dell'assicuratore, devono essere fatti ulteriori accertamenti (DTF 139 V 225 consid. 5.2, DTF 135 V 465 consid. 4.3.2 e 4.4; sentenze del Tribunale federale 9C\_415/2017 del 21 settembre 2017 consid. 3.2, 8C\_452/2016 del 27 settembre 2016 consid. 4.2.2 seg. e 8C\_245/2011 del 25 agosto 2011 consid. 5.3). Per quanto attiene ai rapporti dei medici curanti il tribunale può e deve tenere conto del fatto che, per esperienza, nel dubbio essi tendono talvolta a testimoniare a favore dei loro pazienti, vista la loro posizione di fiducia instauratasi contrattualmente (DTF 135 V 465 consid. 4.5, DTF 125 V 351 consid. 3b/cc). In particolare, la diversa natura del mandato di cura della persona (specialista) terapeutica da un lato e del mandato di valutazione peritale commissionato d'ufficio dall'altro (cfr. la DTF 124 I 170 consid. 4) non basta, per sé stessa, per mettere in discussione una perizia amministrativa o giudiziaria e per dare adito a ulteriori accertamenti, se i medici curanti giungono a opinioni differenti da quelle dei periti. Sono fatti salvi i casi in cui si impone una valutazione diversa dalla perizia (ufficiale) perché i rapporti dei medici curanti menzionano degli aspetti importanti che non sono puramente frutto di un'interpretazione soggettiva e che sono rimasti non riconosciuti o non apprezzati nella perizia (sentenze del Tribunale federale 8C\_317/2019 del 30 settembre 2019 consid. 2.3, 8C\_379/2019 del 21 agosto 2019 consid. 2.2 e 8C\_835/2018 del 23 aprile 2019 consid. 3).

- 22 -

#### **E. 4.6**

In termini fattuali e temporali, nella procedura di ricorso per il tribunale adito è determinante lo stato di salute come si è concretizzato al momento dell'emanazione della decisione impugnata (vedi fra tante la sentenza del Tribunale federale 8C\_136/2017 del 7 agosto 2017 consid. 3; cfr. UELI KIESER, op. cit., n. 109 ad art. 61 LPGA). Nel caso qui in giudizio vanno dunque considerate le circostanze sussistenti il 9 giugno 2021.

#### **E. 5**

ai 6 giorni alla settimana a Q.\_\_\_\_\_ in treno per lavorare come taxista, partendo presto il mattino (prima delle ore 5) e tornando di tarda sera (dopo la mezzanotte). Che abbia ridotto

il pensum lavorativo al 50% non è documentato agli atti. Comunque sia, il solo fatto che nella primavera 2020 lo stato di salute – assieme a quello economico – sia di nuovo peggiorato, come riferisce il ricorrente stesso, non impone un nuovo esame. Gli esperti del SAM si sono difatti espressi in dettaglio anche sui problemi insorti, attribuendoli in gran parte alla situazione economica e alla pandemia del SARS-CoV-2. Hanno riconosciuto che la pandemia abbia avuto una certa influenza (problematiche professionali per le conseguenze delle restrizioni economiche) ma, mentre è vero che potrebbero contribuire a una comunicazione accentuata del proprio malessere, considerano che si tratti di conseguenze psicosociali che non costituiscono un danno alla salute ai sensi dell'AI. Limitazioni di ordine psichico non sarebbero perciò ritenute plausibili.

- 25 -

### **E. 5.1**

Il ricorrente è stato esaminato più volte in sede peritale sotto un'ottica pluridisciplinare. Nella prima perizia, allestita nel 2017 dagli esperti del SAM, servizio specializzato in perizie mediche, i tre periti giunsero alla conclusione che l'unica patologia limitante la capacità lavorativa sarebbe quella psichiatrica. Quali diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa i periti ritennero unicamente un episodio depressivo lieve-medio (ICD-10 F32.0-1) e una verosimile presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4). Senza influenza sulla capacità lavorativa invece sarebbero le diagnosi di sindrome algica cervico- brachiale bilaterale, senza deficit neurologici oggettivi associati, e un'accentuazione di tratti di personalità (ICD-10 Z73.1). Nella seconda perizia, allestita nel 2020 sempre da degli esperti del SAM, i cinque periti conclusero che non si potrebbe porre diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa, nemmeno in campo psichiatrico. Senza influenza sulla capacità lavorativa invece furono menzionati una lieve ipercolesterolemia, uno stato dopo operazione per ameloblastoma parte anteriore della mandibola con ricostruzione ossea, una sindrome cervicale cronica senza deficit neurologici oggettivi associati, una sindrome cervico-spondilogenica cronica

- 23 - bilaterale. Ai periti è stato messo a disposizione l'intero incarto medico, al quale è stato fatto frequente e dettagliato riferimento. Hanno discusso tutti i punti agli atti e hanno ponderato con precisione sulle conseguenze sulla capacità lavorativa. Ambedue le perizie possono dunque essere considerate adempienti dei requisiti posti dalla giurisprudenza del Tribunale federale. Si fondano difatti su esami completi, sono state approntate in piena conoscenza dell'incarto, la descrizione del contesto medico è chiara e le conclusioni sono ben motivate. Non vi sono motivi per dubitare la loro attendibilità e per ritenere necessari ulteriori accertamenti.

### **E. 5.2**

Quali unici punti contrari evocati dal ricorrente vi sono i due rapporti medici da lui inoltrati assieme al ricorso, entrambi dell'estate 2021.

#### **E. 5.2.1**

Riguardo al primo, il rapporto del Dr. med. Y.\_\_\_\_\_, si deve constatare che benché egli consideri il ricorrente inabile al lavoro nella misura del 50% nella sua professione di taxista, al contempo lo dichiara invece pienamente abile al lavoro in una professione adeguata alle sue risorse (act. B.1). Posto che per concedere una rendita AI occorre che vi sia incapacità al guadagno anche in attività adatte, questo rapporto medico non è in grado di cambiare

nulla a riguardo. Inoltre questo medico non si esprime in dettaglio sulle perizie SAM. Non discute in quale misura non sarebbe d'accordo con le valutazioni dei periti esperti in materia. Di conseguenza non si impone indugiare oltre.

### **E. 5.2.2**

Per quanto attiene invece al secondo rapporto medico presentato dal ricorrente, la Dr.ssa med. Z.\_\_\_\_\_ pone la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di media gravità (ICD-10 F33.1), considerando una progressiva riacutizzazione depressiva nel 2021 (act. B.2). La valutazione attuale evidenzerebbe un peggioramento rispetto alla valutazione psichiatrica del 2020, con un'inabilità lavorativa dal lato psichiatrico del 50%, allo stato attuale, sia per l'ultima attività di taxista sia

- 24 - per altre attività lucrative. Nelle perizie del SAM, invece, fu ritenuto che prima del primo colloquio peritale del 10 luglio 2017 non vi sarebbero stati trattamenti specifici per il quadro psichico. Al secondo colloquio il ricorrente dichiarò di voler cominciare una terapia psichiatrica. A fine luglio 2017 iniziò effettivamente per la prima volta una presa a carico psichiatrica presso i Servizi psico-sociali (SPS) di Bellinzona, abbandonandola però in seguito. Ne segue d'un canto che prima della prima perizia la problematica depressiva di grado lieve-medio non era ancora stata trattata e che non si trattava di una problematica resistente al trattamento. Difatti, come spiegato in modo comprensibile e condivisibile dai periti nella seconda perizia, fino alla primavera 2020 si è manifestato un miglioramento in questo punto. Dopo aver di nuovo lavorato come venditore di frutta e verdura, il ricorrente si investì in una nuova attività di taxista, svolgendo la formazione necessaria. Una volta completata con successo, si recava dai

### **E. 5.2.3**

La Dr.ssa med. X.\_\_\_\_\_, la perita psichiatrica, dopo aver esaminato il ricorrente il 18 giugno 2020 e il 1° luglio 2020, descrive che a differenza del riferito di significativi vissuti depressivi non si sarebbero evidenziati, all'osservazione e nella comunicazione non verbale, elementi indicativi di depressione. Nella sua discussione diagnostica l'esperta spiega in modo comprensibile di essere confrontata con un quadro attualmente privo di elementi psicopatologici di significato clinico. Gli elementi rilevati nella perizia precedente del 2017 (un tono dell'umore deflesso, una certa tensione interna, vissuti di insufficienza personale, una certa coartazione e rigidità affettiva) non sarebbero più clinicamente presenti. L'esame psichico attuale obbiettiverebbe un timismo in asse, non vi sarebbero segni di tensione né di coartazione affettiva. I livelli di autostima, così come il senso di auto efficacia, sarebbero piuttosto elevati. Il ricorrente avrebbe comunicato ora vissuti di scoramento e scoraggiamento a fronte dell'interruzione della sua attività a causa della pandemia, il che non sarebbe imputabile a cause psicopatologiche quanto ad una congrua reazione a reali e condivisibili preoccupazioni socioprofessionali. Sulla base di tutti gli elementi clinici e anamnestici, corroborati dalla valutazione testistica psicologica, sarebbe possibile affermare che la sintomatologia depressiva medio-lieve riscontrata nel luglio 2017 sarebbe andata risolvendosi, anche in assenza dell'aiuto specialistico auspicato e ritenuto esigibile e ciò, con certezza, almeno a decorrere dall'agosto 2018 quando avrebbe cominciato la nuova attività di taxista a Q.\_\_\_\_\_, attività che avrebbe richiesto, visto l'impegno e i ritmi, un assetto psichico integro. In merito agli aspetti algici non si ravviserebbero i criteri minimi per diagnosticare un disturbo dell'area somatoforme; infatti non vi sarebbe una chiara polarizzazione su tali sintomi né, anche sulla base dell'analisi della giornata, un

significativo impatto sul piano del funzionamento sociale, familiare e lavorativo. Di conseguenza non si potrebbe fare né una diagnosi con ripercussioni sulla capacità di lavoro né una diagnosi senza

- 26 - tali ripercussioni (vedi act. C.136 pagg. 58 seg.). Dopo un esame degli indicatori standard dettagliato e da ritenersi conforme alla giurisprudenza (DTF 141 V 281), la perita conclude infine che vi sarebbe un miglioramento della patologia psichiatrica. Pertanto la capacità lavorativa sarebbe da ritenersi piena in qualsiasi attività lavorativa compatibile con l'iter formativo e le esperienze maturate a decorrere dall'agosto 2018. Per il progresso si attesterebbero le capacità lavorative indicate nella perizia del 2017 dalla collega Dr.ssa med. N.\_\_\_\_\_. Con questo è reso sufficientemente plausibile anche l'aumento della capacità di guadagno nella seconda perizia rispetto alla prima. A mente di questa Corte, ci si può aggregare a tali valutazioni peritali, condivise del resto anche dal medico del SMR, Dr. med. V.\_\_\_\_\_ (vedi il riassunto del 17 novembre 2020 nel Case Report in act. C.143 pagg. 21 seg.).

#### **E. 5.2.4**

Durante le visite mediche nell'ambito della seconda perizia SAM nel 2020, del resto, il ricorrente aveva dichiarato di non essere in trattamento psichiatrico. È pur vero che successivamente si sia recato dal Dr. med. U.\_\_\_\_\_, medico specialista in psichiatria e psicoterapia, per trattamento di una sindrome depressivo-ansiosa (vedi act. C.136 pag. 7, 17, 29 e 99). Con il medico del SMR, il Dr. med. S.\_\_\_\_\_, però, innanzitutto si può concludere che questa circostanza depone a sfavore della sofferenza del ricorrente e a favore invece del fatto che il ricorrente stesso non si considerava più affetto da problemi di salute mentale. Egli si è sottoposto a un trattamento psichiatrico soltanto dopo gli appuntamenti con la perita del SAM del 18 giugno 2020 e del 1° luglio 2020 (cfr. act. C.136 pagg. 28 e 48). La stretta connessione temporale potrebbe essere in indizio che non era in primo luogo la pressione intrinseca della sofferenza quanto piuttosto il desiderio di ottenere prestazioni assicurative a spingere il ricorrente a iniziare un trattamento psichiatrico. Si ricorda inoltre che la Dr.ssa med. X.\_\_\_\_\_ ha preso conoscenza del relativo rapporto di detto medico

- 27 - curante e ha concluso che esso non sia in grado di modificare le conclusioni peritali, considerando che non vi sarebbe cenno a una terapia farmacologica e che non verrebbe attestata un'incapacità lavorativa (vedi act. C.136 pagg. 31 e 64). Anche queste considerazioni peritali sono condivisibili.

#### **E. 5.2.5**

In merito alle valutazioni dello psicologo I.\_\_\_\_\_, che a mente del ricorrente contraddirebbero indirettamente quelle della perita, si costata che detto psicologo chiude il suo rapporto del 23 giugno 2020 ritenendo che emergerebbe un'esagerazione nella segnalazione della sintomatologia in un soggetto che starebbe comunque sperimentando una condizione di ansia somatizzata e una deflessione del tono dell'umore, dovuta principalmente alle sopraggiunte difficoltà economiche e lavorative (act. C.136 pag. 86). Al contrario di ciò che ne desume il ricorrente, queste osservazioni sono sì influite nella valutazione dei periti. Il mero fatto che non sia stata approfondita la tesi di un'esagerazione, di una psicosi o di un non meglio specificato "disturbo del pensiero" non significa che non siano stati presi in considerazione. Piuttosto la perita è giunta a conclusioni diverse, non ponendo diagnosi simili. Le sue valutazioni sono del tutto chiare e convincenti pure in

questo punto. Non vi è motivo per discostarvi. Difatti svolse un esame clinico secondo AMDP-System e ha discusso gli approfondimenti testali dello psicologo (act. C.136 pagg. 57 seg.), giungendo appunto alla conclusione che a differenza del riferito di significativi vissuti depressivi non si sarebbero evidenziati elementi indicativi di depressione.

#### **E. 5.2.6**

Anche la problematica dell'ameloblastoma, infine, era nota ai periti e questi ne hanno tenuto debitamente conto. Erano in particolare a conoscenza del pericolo di recidiva e del fatto che è consigliato uno stretto controllo per anni; hanno però ritenuto – già nel capitolo sul motivo e sulle circostanze della perizia – che attualmente la capacità lavorativa non verrebbe inficiata

- 28 - da questa patologia, il che si baserebbe fra l'altro sull'apprezzamento del medico responsabile Dr. med. Dr. med. dent. T.\_\_\_\_\_. Il neurologo, Dr. med. M.\_\_\_\_\_, constatò che il ricorrente non avrebbe rilevanti conseguenze dal relativo intervento chirurgico; in particolare non vi sarebbero dolori locali né altri disturbi rilevanti localmente (cfr. act. C.107 pag. 6; vedi act. C.136 pagg. 2, 4, 22 e 40 segg.). Nelle perizie del SAM, la problematica ricorrente dell'ameloblastoma è dunque stata considerata e affrontata adeguatamente.

#### **E. 5.2.7**

A titolo abbondanziale sia aggiunto ancora che anche se si volesse ammettere una qualsivoglia problematica psichiatrica subentrata posteriormente alla seconda perizia del 2020, ci si dovrebbe chiedere se essa costituisca un peggioramento sostanziale e durevole. Dagli indizi apportati dal ricorrente e dai referti medici da lui inoltrati non se lo desume. A prescindere, va constatato che il rapporto medico della Dr.ssa med. Z.\_\_\_\_\_ si basa su un solo colloquio, quello del 25 giugno 2021. Detta psichiatra si è in gran parte fondata sull'anamnesi del ricorrente stesso, limitandosi a quest'ultima, oltre a eseguire uno status psichico secondo AMDP-System. Inoltre non è nemmeno chiaro su quali atti e quale documentazione medica si fondi. Non si esprime del resto con la dovuta attenzione sulla perizia del SAM dell'ottobre 2020, bensì si limita a formulare proprie valutazioni psichiatriche divergenti. Vi si aggiunge poi che non è documentato e non appare neanche verosimile che il ricorrente si trovi effettivamente ancora in cure del Dr. med. U.\_\_\_\_\_. Qualora dovesse essere il caso, ci si dovrebbe chiedere per quale motivo non sia stato lui come medico curante a formulare un referto medico o comunque perché non siano state versate agli atti le sue valutazioni. Di conseguenza anche in tal senso ci si può attenere tutt'ora alle valutazioni peritali, non risultando necessari altri accertamenti in merito.

- 29 -

#### **E. 5.2.8**

Per finire si costata che il ricorrente fa valere che potrebbe esservi stato un problema di comprensione linguistica durante i test nell'ambito della seconda perizia. A questo proposito ci si deve domandare come mai questo possibile problema non sia stato tematizzato prima. Né nella prima perizia né nell'intera procedura seguente non è mai stata accennata una problematica simile. Si ricorda inoltre che il ricorrente si era trasferito in Italia già parecchi anni fa. Nella perizia del SAM del 2020 è stato ritenuto che egli sarebbe stato in Italia dal 1990 in poi, altrove si legge che avrebbe dichiarato di esservi emigrato nel 2001 soltanto. Comunque sia, si è coniugato due volte, divorziando dalla prima moglie nel 2014, e si è

trasferito nella Svizzera italiana nel 2012, fondando una ditta e mettendosi in proprio. Ha poi lavorato come indipendente per anni, dopodiché ha cambiato lavoro, cominciando un'attività di taxista R.\_\_\_\_\_. In tutti questi frangenti pare molto probabile che abbia avuto a che fare con delle autorità e con dei documenti scritti in italiano in parte complessi. Si costata poi che in varie occasioni, i medici che lo hanno esaminato hanno sottolineato le sue ottime conoscenze linguistiche. Appare dunque molto inverosimile che abbia veramente delle difficoltà di comprensione dell'italiano scritto tali da influire sul risultato dei test psicologici e psichiatrici effettuati e che, in tal caso, non abbia cercato di farlo presente al suo interlocutore. Pure in questo punto dunque il ricorso si rivela infondato.

### **E. 5.3**

Ne segue perciò che l'Ufficio AI si è basato a ragione sulle perizie del SAM e ha concluso a giusto titolo che la capacità al guadagno del ricorrente è piena sia per quanto riguarda l'attività di taxista svolta in precedenza sia per altre attività adatte.

### **E. 6**

Quanto al confronto dei redditi 2019, il reddito da valido di CHF 65'000.00 del 2015 è, come detto, incontestato, benché si giustifica qui correggerne qui l'indicizzazione, giungendo così a CHF 66'619.70 per il 2019. Per il reddito da invalido, invece, l'Ufficio AI si è basato sulle constatazioni della

- 30 - Cassa di compensazione, secondo cui il ricorrente nel 2018 avrebbe conseguito un reddito soggetto all'obbligo contributivo di CHF 19'700.00 per i mesi da agosto a dicembre, cosicché per l'anno successivo 2019 risulterebbe un reddito annuo di complessivi CHF 47'200.00 (=CHF 19'700.00 / 5 \* 12). Di conseguenza dal raffronto dei redditi risulta ormai una perdita di guadagno di CHF 19'419.70 (anziché CHF 19'821.55) e così a un grado d'invalidità del 29% (anziché 30%) soltanto, inferiore quindi alla soglia del 40% richiesta dalla legge (art. 28 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2021). A ragione l'Ufficio AI considera inoltre – sebbene apparentemente solo a titolo sussidiario – che anche se ci si basasse sul reddito secondo le tabelle RSS, non si giungerebbe a un risultato diverso. Difatti in base alla tabella della RSS 2018, il reddito da invalido ammonterebbe a CHF 68'335.90 (valore mediano per 40 ore di lavoro settimanali, per rami economici, settore privato [TA1\_tirage\_skill\_level], prendendo lo stipendio medio per una persona di sesso maschile nel livello di competenza 1, cioè quello più basso della tabella, nella categoria totale con una capacità lavorativa del 100% [CHF 5'417.00 mensili], tredicesima compresa, adattandolo poi al tempo di lavoro medio usuale di 41.7 ore settimanali e indicizzandolo per tener conto dello sviluppo dei salari nominali nel periodo trascorso dal 2018 al 2019 [vedi consid. 2 supra], ossia \* 1.0084). Anche dopo la deduzione massima del 25% secondo la giurisprudenza del Tribunale federale non si otterrebbe ancora un reddito da invalido atto a giustificare il riconoscimento di una rendita AI. Difatti il reddito da invalido scenderebbe a CHF 51'288.35, cosicché risulterebbe una perdita di guadagno di CHF 15'331.35, ossia un grado d'invalidità del 23%. Non si impone perciò approfondire oltre.

### **E. 7**

Riassumendo, la documentazione medica è sufficiente, le valutazioni nelle due perizie SAM sono attendibili e in ogni variante di calcolo risulta un

- 31 - grado d'invalidità inferiore al 40%, cosicché il diritto a una rendita non sussiste. Ne segue che il ricorso si rivela infondato e va respinto.

## **E. 8**

Le spese processuali, fissate per prassi costante di questa Corte a un importo di CHF 700.00, vanno a carico del ricorrente soccombente (art. 61 lett. fbis LPGA e art. 69 cpv. 1bis LAI). Non si giustifica perciò neanche assegnargli spese ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e contrario). III. Per questi motivi il Tribunale giudica: 1. Il ricorso è respinto. 2. Le spese processuali di CHF 700.00 sono poste a carico di A.\_\_\_\_\_. 3. [Vie di diritto] 4. [Comunicazione]

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.